

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**



***RELACIÓN ENTRE DOLOR CRÓNICO DE ORIGEN NO ONCOLÓGICO Y  
LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN Y VARIABLES ASOCIADAS, EN  
PACIENTES DEL SERVICIO DE TERAPIA DEL DOLOR DEL HOSPITAL  
DE ESPECIALIDADES DE LAS FUERZAS ARMADAS N° 1***

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO**

**CIRUJANO**

**GUALÁN CHACÓN MONSERMÍN XAVIER**

**Director de Disertación**

**DR. GALO SÁNCHEZ**

**Directora Metodológica**

**DRA. ROSA GOYES**

**QUITO, 2015**

## INDICE

ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	4
ÍNDICE DE TABLAS.....	4
DEDICATORIA.....	6
AGRADECIMIENTOS .....	7
RESUMEN.....	8
ABSTRACT .....	9
CAPÍTULO I.....	10
1.1 INTRODUCCIÓN .....	10
CAPÍTULO II .....	13
2.1 DOLOR .....	13
2.1.1 Definición del dolor.....	13
2.1.2 Fisiopatología del dolor.....	13
2.1.3 Tipos de dolor.....	15
2.1.4 Manejo del dolor .....	19
2.1.5 Dolor crónico.....	21
2.2 DEPRESIÓN .....	23
2.2.1 Definición.....	23
2.2.2 Clasificación .....	23
2.2.3 Diagnóstico.....	24
2.2.4 Escala PHQ-9 (Anexo 1).....	26
CAPÍTULO III .....	27
3.1 METODOLOGÍA .....	27
3.1.1 Problema de investigación .....	27
3.1.2 Hipótesis .....	27
3.1.3 Objetivos .....	27
3.1.4 Tipo de estudio .....	28
3.1.5 Recolección de la información .....	28
3.1.6 Universo y muestra .....	29
3.1.7 Criterios de inclusión y de exclusión.....	30
3.1.8 Operacionalización de variables .....	31
3.1.9 Plan de análisis de datos .....	32
3.1.10 Aspectos bioéticos .....	34
CAPÍTULO IV.....	35
4.1 RESULTADOS .....	35
4.1.1 Características de los participantes.....	35
4.1.2 Correlación de variables.....	37
CAPÍTULO V .....	50

5.1 DISCUSIÓN .....	50
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>55</b>
6.1 CONCLUSIONES .....	55
6.2 RECOMENDACIONES .....	56
<b>CAPÍTULO VII.....</b>	<b>58</b>
7.1 BIBLIOGRAFÍA.....	58
<b>ANEXOS.....</b>	<b>61</b>
Anexo 1: Escala PHQ-9.....	61
Anexo 2: Consentimiento informado.....	62
Anexo 3: Cálculos de OR, Chi cuadrado y Chi cuadrado Yates .....	63

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Escalera analgésica de la OMS para dolor oncológico en adultos.....	20
Gráfico 2. Relación entre género y trastornos afectivos .....	38
Gráfico 3. Relación entre grupos de edad y trastornos afectivos .....	39
Gráfico 4. Relación ocupación y trastornos afectivos.....	41
Gráfico 5. Relación entre patologías y trastornos afectivos.....	43
Gráfico 6. Relación entre tiempo de diagnóstico con trastornos afectivos .....	44
Gráfico 7. Relación entre tiempo de tratamiento y trastornos afectivos .....	46
Gráfico 8. Relación entre intensidad del dolor y trastornos afectivos .....	48

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Diferencias generales entre dolor agudo y crónico.....	19
Tabla 2: Resumen de trastornos depresivos según DSM5 .....	25
Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión para este estudio .....	30
Tabla 4: Operacionalización de variables .....	31
Tabla 5: Características sociodemográficas de los participantes .....	35
Tabla 6: Frecuencias y porcentajes de las características de las patologías de los participantes .....	36
Tabla 7: OR Género vs Trastornos afectivos .....	38
Tabla 8. OR Grupos de edad vs Trastornos afectivos .....	40

Tabla 9. OR Ocupación vs Trastornos afectivos.....	42
Tabla 10. OR Patología vs Trastornos afectivos.....	43
Tabla 11. Tiempo de diagnóstico vs trastornos afectivos. ....	45
Tabla 12. OR Tiempo de tratamiento vs Trastornos afectivos.....	46
Tabla 13. OR Intensidad del dolor vs Trastornos afectivos .....	48

## DEDICATORIA

*A mi familia, por enseñarme todo lo que necesitaba saber sobre la vida.*

*A mis amigos, por enseñarme todo lo que quise saber sobre la vida (y lo que no  
también).*

## AGRADECIMIENTOS

Eterno e incommensurable será siempre el agradecimiento a mis padres, por ser ese inigualable ejemplo de amor y confianza, porque a pesar de la distancia continuamente han estado apoyándome y dándome todo cuanto he necesitado, y un poco más. A mi hermana, Sophía porque todo el tiempo ha sido un enorme apoyo espiritual, moral y académico, alguien con quién siempre he podido contar para lo que haya querido. A mis tías Akacia e Isabel por toda la ayuda y el cariño sincero y desinteresado; sin ellas todo este camino habría sido mucho más difícil.

A dos grandes personas y maestros: el doctor Carlos Proaño, por haberme devuelto la fe en la medicina y al doctor Ramiro Rueda, por haber restituido mi fe en el “ser médico”.

Al doctor Galo Sánchez y la doctora Rosa Goyes, por haber sido excelentes guías en la elaboración de este trabajo y por haberme dado el apoyo necesitado con toda la eficacia y celeridad requeridas.

Finalmente a mis amigos: Belén, Martina y Michelle, mis hermanas de carrera y odas, por presionar e intervenir cuando debieron. Sin ellas este trabajo aún no estaría culminado. A mis hermanos de armas: Denise y Pancho; a los de vesanias: Kevin, Carolina y Adriana, por mantenerme viviendo a pesar de la Medicina. También a quienes ya no están conmigo pero sus presencias siguen endilgando mi pasos.

## RESUMEN

No hay estudios en Ecuador que versen sobre la presencia de depresión en pacientes con dolor crónico de origen no oncológico, por lo que se decidió investigar su relación y las variables con las que se asocia. La muestra estuvo conformada por 128 pacientes del servicio de Terapia del Dolor del hospital de las Fuerzas Armadas N°1, quienes fueron encuestados durante el mes de enero del 2015. La herramienta utilizada para evaluar depresión fue la escala PHQ-9 y los demás datos se obtuvieron a partir de la historia clínica y una breve entrevista. Se encontró que en las personas que padecen de dolor crónico no oncológico hay una presencia significativa de trastornos depresivos, lo que hace que la evaluación del estado de ánimo se vuelva necesaria en ellos.

**Palabras clave:** *depresión, dolor crónico no oncológico, factores de riesgo, Ecuador.*



## ABSTRACT

There are no studies in Ecuador about the relationship between depression and non–cancer chronic pain. It is necessary to know if these two conditions are related and what other variables are associated to this pathology. 128 patients from the Pain Management Department of the “Hospital de Especialidades de las FFAA N°1” were taken as sample. The data were collected on January 2015, using as instrument to look for depression the PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) and also making a short interview and by looking into patient’s medical record. It was found that in people who suffer from non –cancer chronic pain there is a very important presence of depressive disorders, and that makes necessary a good mood control in this patients.

**Key words:** *depression, non –cancer chronic pain, risk factor, Ecuador*

## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

La Asociación Internacional del Estudio del Dolor – IASP (por sus siglas en inglés: International Association for the Study of Pain), define al dolor como “una experiencia desagradable sensorial y emocionalmente, asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño” <sup>(1)</sup>.

Esta definición, modificada en los años sesenta, nos permite dar un enfoque multidimensional al modelo médico del dolor, donde su comprensión y tratamiento no solo se verán enfocados en sus características fisiológicas sino además en los factores psicológicos y sociales <sup>(2)</sup> de este fenómeno considerado actualmente como el “quinto signo vital” <sup>(3)</sup>.

El componente emocional que se asocia con el dolor deriva de los modelos teóricos integrales del dolor donde se reconoce que las lesiones tisulares activan dos componentes simultáneos: el afectivo motivacional y el discriminativo del dolor <sup>(4)</sup>.

Es por ello que una atención holística relacionada con el dolor es necesaria, pues para evaluar el dolor se debe incluir el estado emocional del paciente, tanto para una patología orgánica como para otra que no lo sea. Aunque en muchos casos los aspectos emocionales del dolor puedan ser difíciles de

describir, existe una sensibilidad diferente hacia él condicionada por las influencias personales, sociales o terapéuticas.

El dolor y las emociones que se asocian al mismo son procesos multidimensionales que pueden superponerse unos a otros. El impacto psicológico que tiene el dolor crónico en la vida de un paciente puede ser muy diferente. Si bien, en algunos casos, existen mecanismos de adaptación altamente resistentes con modificaciones del estilo de vida que hagan llevadera la experiencia, existen otros casos en que los resultados son totalmente negativos. La condición del paciente se torna cada vez más debilitante acompañado de crisis anímicas que afectan todas las esferas de la vida de un ser humano. Esto se vuelve especialmente relevante en el caso de dolor crónico el cual puede ser causado por factores tanto ambientales como psicológicos<sup>(5)</sup>.

Entre las principales asociaciones se halla descrita la fuerte relación entre ansiedad y dolor agudo debido a que se producen cambios en la activación del sistema nervioso autónomo en respuesta a la agresión recibida, produciéndose una respuesta simpática que lleva a alteraciones como incremento de la frecuencia cardíaca, elevación de la tensión arterial, secreción de adrenalina y noradrenalina, disminución de la secreción salivar, cambios que también son característicos de los estados de ansiedad.

Por su parte, el dolor crónico comparte cambios que se observan en estados

depresivos: trastornos en el apetito, disminución del deseo sexual, trastornos en el sueño, pérdida de interés por las relaciones sociales e incremento de las preocupaciones somáticas (6) (5).

Sin embargo, a pesar de la relevancia de estas asociaciones en nuestro país no se han realizado estudios sobre este tema por lo que no se dispone de cifras que nos permitan tener un enfoque realista en nuestro medio.

## **CAPÍTULO II**

### **2.1 DOLOR**

#### **2.1.1 Definición del dolor**

Como se ha explicado previamente, el dolor es “una experiencia desagradable sensorial y emocionalmente, asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño” <sup>(7)</sup>.

Cabe recalcar que el dolor es una experiencia individual y subjetiva <sup>(7)</sup> y por lo tanto es necesario creer en lo expresado por el paciente. El dolor tiene además la capacidad de producir un gran impacto sobre todos los ámbitos del cotidiano de una persona: familiar, social, laboral, económico, psicológico e incluso fisiológico. Muchas veces, el dolor va asociado con patologías de base, aunque en otras ocasiones constituye una entidad aislada.

#### **2.1.2 Fisiopatología del dolor**

El dolor es una experiencia humana que tiene una amplia variedad de factores que pueden ocasionarlo. Por lo tanto, su fisiopatología depende directamente del origen del mismo.

De manera general, la teoría de la puerta de entrada del dolor (propuesta por Melzack y Wall en 1965) explica cómo se produce el dolor nociceptivo.

El punto de partida son los nociceptores, receptores especializados distribuidos a lo largo del cuerpo humano con predominancia cutánea, que responden a estímulos nocivos e intensos. Las propiedades de los nociceptores son específicas para cada forma de energía y es así como se sabe que están especializados en diferenciar entre estímulos químicos, físicos o calóricos. Del mismo modo, la respuesta que se genera en cada caso tiene su respectiva variación.

Frente a una lesión tisular se produce la activación de estas terminaciones nerviosas primarias que se transmite mediante impulsos eléctricos y químicos utilizando dos vías que se diferencian por el tipo de fibra neuronal que las compone. Por un lado están las fibras A $\delta$ . La característica de estas es que están recubiertas por mielina, lo que les permite ser “rápidas” pues su velocidad de transmisión del impulso supera los 2 metros /segundo. Por otro lado están las fibras C o amielínicas pues carecen de este recubrimiento y resultan en una transmisión “lenta” del impulso.

La manera de conectar la lesión con las neuronas nociceptivas es mediante sustancias proinflamatorias, inflamatorias y neurotransmisores que se liberan como efecto de la lesión inicial.

El glutamato es la sustancia predominante utilizada por las fibras aferentes no solo del dolor sino de casi todas las señales relacionadas con la sensibilidad cutánea a otros estímulos no dañinos. Su liberación desde las neuronas y su

actuación postsináptica produce una inflamación neurógena. Entre las sustancias asociadas con la inflamación tenemos interleuquinas, bradiquinina, histamina, sustancia P, péptido relacionado con el gen de la calcitonina, entre otras.

La transmisión del dolor se proyecta utilizando las fibras mielínicas y amielínicas hasta llegar al asta posterior de la médula espinal, donde se reciben las señales y la información termina por organizarse en vías ascendentes que finalmente llegarán al encéfalo para ser procesadas e interpretadas.

Las vías mediante las cuales el estímulo doloroso asciende se conocen como haz espinotalámico y haz espinorreticular. Ambos llevan la información hasta el tálamo contralateral desde el sitio donde inició la lesión. La información se envía hacia zonas como la parte posterior del núcleo medianoventral y la pared ventral caudal del núcleo mediodorsal, así como también al núcleo ventral posterior <sup>(8)</sup>. A nivel de esta zona cerebral se producen proyecciones de sus haces nerviosos y es por ello que el dolor posee tantas características como el sitio, la intensidad, sus características e incluso la asociación emocional o afectiva.

### **2.1.3 Tipos de dolor**

El dolor puede ser clasificado de diversas maneras dependiendo del enfoque requerido <sup>(9)</sup> <sup>(10)</sup>:

### *Según su patogenia*

- a. **Dolor Nociceptivo:** Se produce por la excitación de nociceptores que pueden ser somáticos o viscerales.
- Somático: se genera tras la estimulación de nociceptores somáticos que se localizan principalmente en piel, músculo esquelético, ligamentos, articulaciones y huesos. Es un dolor bien localizado, punzante, que está circunscrito a la zona lesionada.
  - Visceral: se produce tras la excitación de nociceptores ubicados en órganos internos. Es un dolor mal localizado, se refiere a zonas distintas de su lugar de origen.
- b. **Dolor Neuropático:** es el resultado de estímulo en el Sistema Nervioso Central o periférico. Es un dolor de difícil descripción, ya que suele presentar características no experimentadas anteriormente. No suele presentarse una lesión tisular como causa clara del dolor. Suele acompañarse de parestesias, disestesias, hiperestesia, hiperalgesia, alodinia.
- c. **Dolor Psicógeno:** se presenta en un contexto de alteraciones en el ambiente psico-social del individuo. Éste no es resultado de una estimulación nociceptiva o neuronal, sino que responde a una causa psíquica (depresión, hipocondría, trastorno obsesivo compulsivo, histeria, ansiedad, etc.) en dónde, aunque sí podría existir una lesión real, el



paciente, debido a su estado psicológico, aumenta y distorsiona la magnitud de dichos impulsos<sup>(11)</sup>.

***Según su intensidad:***

- a. **Leve:** Dolor que permite realizar las actividades cotidianas
- b. **Moderado:** Llega a interferir con las actividades habituales del paciente
- c. **Severo:** No permite realizar las actividades cotidianas e interfiere con el descanso.

***Según su duración:***

- a. **Agudo:** es el que se produce inmediatamente como consecuencia de una agresión sobre el sistema nociceptivo. Su causa es generalmente un daño tisular somático o visceral, por lo que tiene una función de protección biológica. Es limitado en el tiempo y su curación está en relación con la sanación de la lesión que lo provocó. Se presenta con poca sintomatología psicológica, siendo la más importante la presencia de ansiedad leve.
- b. **Crónico:** no está limitado en el tiempo, su duración va más allá que la curación de la lesión que lo ocasionó, por lo tanto ya no tiene una función protectora. Además se asocia fuertemente a un componente emocional.

Mientras que el dolor agudo se interpreta como un síntoma de una

enfermedad, el dolor crónico puede entenderse como una entidad patológica por sí mismo.

Resulta útil la diferenciación entre dolor agudo y crónico. El primero es resultado de enfermedades, procesos inflamatorios o daño tisular. Este tipo de dolor es de aparecimiento súbito y usualmente su causa puede ser diagnosticada y tratada. Su duración es auto limitada, es decir, es reducida a un período de tiempo y severidad, aunque en algunos casos puede llegar a cronificarse. El dolor crónico puede ser causado por factores tanto ambientales como psicológicos. No siempre se consigue identificar una causa orgánica como su causante, persiste por mucho más tiempo que el dolor agudo y es resistente a la mayoría de tratamientos. Las principales diferencias se enlistan a continuación:

**Tabla 1: Diferencias generales entre dolor agudo y crónico**

	<b>Dolor agudo</b>	<b>Dolor crónico</b>
<b>Tiempo</b>	Menor a 3 meses	Mayor a 3 meses
<b>Mecanismo de Producción</b>	Lesión tisular aguda	Lesión crónica, ausencia de lesión
<b>Finalidad del dolor</b>	Evitar Prolongar la lesión tisular	Inútil, puede ser destructiva
<b>Objetivo del tratamiento</b>	Aliviar el dolor	Alivio y adaptación
<b>Duración del tratamiento</b>	Hasta que se resuelva la causa aguda del dolor	Todo el tiempo posible
<b>Administración de analgesia</b>	Pautada	Pautada
<b>Vía de administración de la analgesia</b>	Parenteral	Oral
<b>Componente emocional predominante</b>	Ansiedad	Depresión

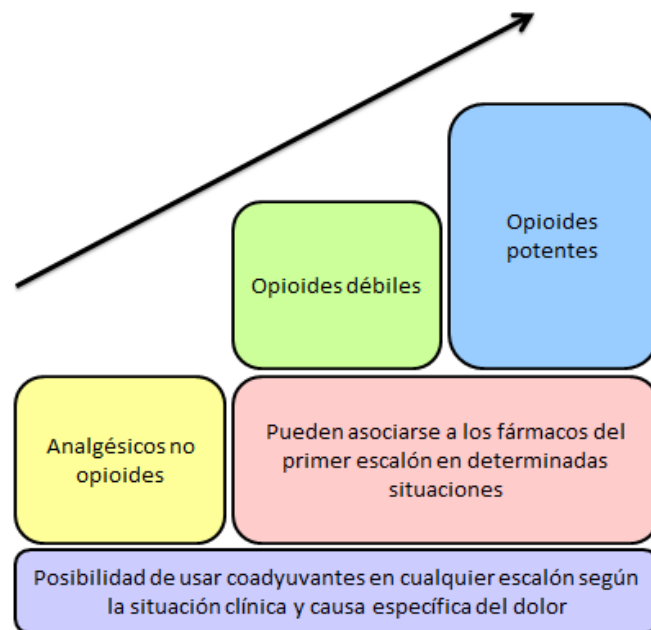
*Tomado de: Tratado de Geriátría para residentes, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2007). Modificado por autor*

#### **2.1.4 Manejo del dolor**

El manejo del dolor debe ser guiado por la intensidad y las características del mismo. La OMS desarrolló una escalera terapéutica para el control del dolor oncológico, que bien puede ser empleada para casi la totalidad de los demás casos. Establece que el manejo del dolor debe iniciarse con analgésicos no

opioides (Paracetamol, AINEs) y conforme aumenta la intensidad de este, se deben introducir opioides débiles (tramadol, codeína) y luego opioides fuertes (morfina). Además de esto, dependiendo de la presencia de otros síntomas (por ejemplo disestesias, o síntomas psicológicos), pueden usarse diferentes coadyuvantes <sup>(12)</sup>

**Gráfico 1. Escalera analgésica de la OMS para dolor oncológico en adultos**



*Tomado de: Efecto De Las Actitudes Y Conocimientos De Los Miembros Del Equipo De Salud Del Hospital De Especialidades De Las FFAA N°1 Frente Al Uso De Morfina. Modificado por Bonilla M y Jaramillo B.*

### 2.1.5 Dolor crónico

No hay acuerdo universal sobre las características o tiempo de duración para definir dolor crónico. La IASP lo define como “dolor sin significado biológico aparente que ha persistido más allá del tiempo normal de curación tisular (usualmente 3 meses)” <sup>(13)</sup>. La Asociación Americana de Dolor Crónico (American Chronic Pain Association- ACPA) lo define como “dolor continuo o recurrente, que perdura más allá del curso agudo normal de una enfermedad o lesión o más de 3 - 6 meses, y que afecta negativamente el bienestar del individuo” <sup>(14)</sup>.

No se conoce con exactitud la prevalencia del dolor crónico pero la IASP estima que ésta varía entre 10,1% a 55,2%, con mayor predominio en mujeres, pero otros estudios la ubican entre el 8 y 80% <sup>(13)</sup> <sup>(15)</sup>. Esta diferencia se debe principalmente a que no hay un acuerdo general sobre el tiempo para que un dolor se considere “crónico” ni sobre la definición misma del término. El caso es que representa un grave problema de salud social. En un estudio realizado en Europa se encontró que en promedio los pacientes deben esperar aproximadamente 2,2 años hasta encontrar un diagnóstico y 1,9 años hasta lograr manejo adecuado del dolor y para ello necesitan un promedio de 7 consultas profesionales al año; aproximadamente la mitad de los pacientes estaban insatisfechos con el tiempo que tomó llegar a un diagnóstico, controlar adecuadamente el dolor y con el número de veces que necesitaban acudir a

consulta médica para mantenerse aliviados <sup>(16)</sup>.

Este dolor puede ser clasificado por su fisiopatología en nociceptivo, neuropático, mixto o de causa indeterminada. Sin embargo resulta también útil la diferenciación entre dolor oncológico y no oncológico. El primero conlleva un diagnóstico de cáncer que es el responsable de los cambios que generarán el dolor y generalmente acaba con la muerte del paciente. En el segundo caso el dolor se produce por causas que no suelen poner en riesgo la vida del paciente, pero que sí pueden llevar a un gran deterioro físico y psicológico <sup>(17)</sup>.

#### **2.1.5.1 Causas**

Las causas del dolor crónico son muy variadas. Puede presentarse después de una enfermedad o lesión, como prolongación de un dolor agudo (neuropatías postherpéticas), desarrollarse sin ninguna causa aparente o ser producto de patologías crónicas (discartrosis lumbares, osteoartrosis, enfermedades autoinmunes, cáncer, etc).

## **2.2 DEPRESIÓN**

### **2.2.1 Definición**

La OMS define a la depresión como un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, que además puede cronificarse afectando la capacidad para afrontar el desempeño diario <sup>(18)</sup>.

Según datos de la OMS 350 millones de personas se encuentran afectadas por esta patología, que es altamente incapacitante pues interfiere fuertemente con el desarrollo de las actividades cotidianas del individuo, afecta su calidad de vida y en los casos más graves puede llevar al suicidio <sup>(19)</sup>. Dicho esto, resulta más que evidente su impacto sobre el estado psíquico del paciente y aunque la base para su diagnóstico recae en la identificación de síntomas que afectan la esfera cognitiva, siempre se acompañan también de síntomas cognitivos o somáticos <sup>(20)</sup>, por lo cual se aprecia un deterioro del todo del paciente.

### **2.2.2 Clasificación**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales - DSM (Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders) en su quinta edición clasifica a los trastornos depresivos de la siguiente manera: trastorno depresivo mayor (considerado el representante de esta clase de trastornos), trastorno de

desregulación destructiva del estado de ánimo, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias- medicamentos, trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado, otro trastorno depresivo no especificado<sup>(21)</sup>.

### 2.2.3 Diagnóstico

Cuando un paciente que presenta depresión se acerca a la consulta, puede presentar síntomas netamente depresivos, como tristeza, ideas de auto-denigración, sentimientos de culpa, pensamientos suicida; los síntomas que motiven la consulta pueden también ser orgánicos, como insomnio, cansancio, anorexia, cefalea, vértigo, etc., o psiquiátricos como ansiedad<sup>(22)</sup>.

El DSM-5 utiliza criterios diagnósticos que permiten identificar al paciente que cursa con esta enfermedad. A continuación se resumen los mismos:



**Tabla 2: Resumen de trastornos depresivos según DSM5**

<b>TRASTORNO</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
<b>Trastorno de depresión mayor</b>	Conjunto de síntomas de al menos 2 semanas de duración, caracterizados por la falta de interés o placer por las actividades, incapacidad para concentrarse y sentimientos de inutilidad o muerte. Se producen cambios claros en las funciones afectivas, cognitivas y neurovegetativas, con remisiones interepisódicas.
<b>Trastorno de regulación destructiva del estado de ánimo</b>	Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente y/o con el comportamiento, cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.
<b>Trastorno depresivo persistente (distimia)</b>	Presencia de síntomas depresivos más días de los que están ausentes, durante la mayor parte del día, con una duración de al menos 2 años.
<b>Trastorno disfórico premenstrual</b>	Conjunto de síntomas como irritabilidad, labilidad emocional, depresión o ansiedad presentes durante la última semana antes del inicio de la menstruación y que mejoran tras el fin de la misma.
<b>Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento</b>	Alteración del estado de ánimo que se explica por la influencia de una sustancia o tras la exposición a un medicamento.
<b>Trastorno depresivo debido a otra afección médica</b>	Afección importante y persistente del estado de ánimo que se explica como consecuencia fisiopatológica directa de otra enfermedad.
<b>Otro trastorno depresivo especificado</b>	Presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo, pero no se enmarcan en ninguna de las categorías previas. En esta categoría el médico escoge especificar la razón por la cual no se cumplen los criterios de ninguno de los otros trastornos.
<b>Otro trastorno depresivo no especificado</b>	Al igual que en el anterior, los síntomas depresivos no se enmarcan en ninguna de las categorías previas. Aquí el médico no especifica la razón por la cual no se cumplen los criterios de ninguno de los otros trastornos.
<i>Tomado de: A. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2014. ). Elaborado por autor</i>	

Con el fin de facilitar el diagnóstico de depresión se han elaborado diversas escalas, cuyo objetivo es facilitar la identificación de los síntomas depresivos. Estas herramientas varían entre 2 a 28 ítems, entre las cuales no existe una verdadera diferencia sobre su eficacia para detectar depresión <sup>(23)</sup>, por lo que para este estudio se decidió utilizar la escala PHQ (Patient Health Questionnaire- Cuestionario sobre la Salud del Paciente)-9.

#### 2.2.4 Escala PHQ-9 (Anexo 1)

El PHQ es una herramienta que consiste en un cuestionario diseñado para ser auto-administrado, que evalúa las siguientes patologías: trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico, otros trastornos de ansiedad, y bulimia nervosa. El PHQ-9 representa el módulo de depresión del PHQ y consta de 2 partes: la primera pregunta ayuda a establecer el diagnóstico, evaluando la presencia de síntomas depresivos en las últimas 2 semanas mediante 9 ítems, de los cuales el encuestado responde señalando la frecuencia con la que ha tenido cada uno de estos problemas. La segunda pregunta hace referencia a la afectación sobre la funcionalidad del paciente y en conjunto con la primera constituyen una guía para la selección y seguimiento del tratamiento. Esta encuesta ha sido validada por varios estudios, demostrando su eficacia para la detección de depresión y su severidad, y como herramienta para evaluar la eficacia del tratamiento empleado <sup>(24)</sup>, <sup>(25)</sup>.

## **CAPÍTULO III**

### **3.1 METODOLOGÍA**

#### **3.1.1 Problema de investigación**

El dolor crónico a menudo se acompaña de la presencia de depresión, sin embargo en nuestro medio no disponemos de datos que nos permitan conocer la fuerza de dicha asociación y que otras variables se encuentran involucradas en este cuadro.

#### **3.1.2 Hipótesis**

Los pacientes del Servicio de Terapia del Dolor del HE-1 quienes padecen Dolor crónico de tipo no oncológico presentan algún grado de depresión, cuya intensidad se asocia a factores como la edad, sexo, ocupación, tiempo de evolución de la patología de base, inicio del tratamiento de la misma e intensidad del dolor.

#### **3.1.3 Objetivos**

##### ***Objetivo general***

Determinar la presencia de depresión y su relación con otras variables en los pacientes que padecen de dolor crónico no oncológico en el Servicio de Terapia del Dolor del HE-1.

### **Objetivos específicos**

- Identificar si la edad, sexo, ocupación se relacionan con la presencia de Depresión
- Establecer la relación entre el tiempo de evolución de la patología y tiempo de tratamiento y la presencia de depresión.
- Determinar la relación entre la intensidad del dolor con presencia de Depresión.
- Identificar que patologías no oncológicas tienen mayor relación con la presencia de depresión.

#### **3.1.4 Tipo de estudio**

Estudio descriptivo observacional de tipo transversal.

#### **3.1.5 Recolección de la información**

La encuesta fue diseñada para ser autoadministrada y fue aplicada a los pacientes que acudieron a consulta externa de terapia del dolor.

Los pacientes fueron consultados por datos generales como género, edad,

ocupación e intensidad de dolor. El diagnóstico por el que acudieron a la consulta, tiempo en el que se realizó el diagnóstico, y tiempo de tratamiento se obtuvieron directamente de la historia clínica, y finalmente se les realizó la escala PHQ – 9 para determinar la presencia de trastornos depresivos. Se adjuntó a cada cuestionario el consentimiento informado donde cada participante autorizó su participación en la investigación de manera anónima. Tanto el cuestionario como el consentimiento informado (Anexo 2) fueron avaladas por el departamento de docencia e investigación y el comité de bioética del Hospital FFAA N°1.

### 3.1.6 Universo y muestra

El universo total estuvo constituido por pacientes que acudieron al servicio de Terapia del Dolor. Fue calculado con la siguiente fórmula.

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{e^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Dónde:

n = tamaño de muestra

N= 460 (Universo)

e = 5% =0.05

Z = 1.96 (tabla de distribución normal para el 95% de confiabilidad y 5% error)

p = 0.05

q = (1 – p) = 0,95

$$n = \frac{(1.96)^2(0.05)(0.95)(460)}{(460)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(1 - 0.5)}$$

$$n = \frac{(86,9)}{(132)}$$

$$n = 63$$

El universo estuvo constituido por el número de pacientes atendidos en el periodo de un año en el servicio de Terapia del Dolor y cuidados paliativos. El tamaño calculado de la muestra fue de 63 pacientes, sin embargo, para aumentar la precisión de los datos obtenidos en este estudio, se tomaron 128 pacientes.

### 3.1.7 Criterios de inclusión y de exclusión

**Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión para este estudio**

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Pacientes que sean tratados en la consulta externa del servicio de Terapia del Dolor del HE 1, quienes no presenten dolor de tipo oncológico.	Pacientes que sean tratados en la consulta externa del servicio de Terapia del Dolor del HE 1, quienes presentan dolor de tipo oncológico.
Pacientes que en este momento presenten dolor (de cualquier intensidad) que haya permanecido por más de 3 meses.	Pacientes hospitalizados.
<i>Elaborado por autor</i>	

### 3.1.8 Operacionalización de variables

**Tabla 4: Operacionalización de variables**

<b>Variable</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Categoría</b>	<b>Indicador</b>
<b>Edad</b>	Cuantitativa	Número de años cumplidos por los participantes del estudio.	El número de años	Mediana Media Moda Desviación estándar
<b>Sexo</b>	Cualitativa	Género	Masculino Femenino	Proporción Moda
<b>Ocupación</b>	Cualitativa	Ocupación actual de la persona		Proporción Moda
<b>Diagnóstico</b>	Cualitativa	Presencia de enfermedades que produzcan dolor de manera crónica		Proporción Moda
<b>Tiempo de diagnóstico</b>	Cuantitativo	Tiempo transcurrido desde que se estableció un diagnóstico		Mediana Media Moda Desviación estándar Coeficiente de variación intercuartílico Asimetría Coeficiente de Kurtosis
<b>Tiempo de tratamiento</b>	Cuantitativo	Tiempo transcurrido desde que se instauró un tratamiento		Mediana Media Moda Desviación estándar Coeficiente de variación intercuartílico

				Asimetría Coeficiente de Kurtosis
<b>Intensidad actual del Dolor (EVA)</b>	Cuantitativo	Intensidad de dolor percibida por el paciente al momento de la evaluación	Número del 1 al 10 con el que el paciente valora la intensidad de su dolor	Mediana Media Moda Desviación estándar Coeficiente de variación intercuartílico Asimetría Coeficiente de Kurtosis
<b>Trastorno Depresivos</b>	Cuantitativo y cualitativo	Resultado obtenido mediante la encuesta PHQ-9	- Síndrome depresivo mayor. - Otro síndrome depresivo. - Síntomas depresivos positivos. - Síntomas depresivos negativos.	Mediana Media Moda Desviación estándar Coeficiente de variación intercuartílico Asimetría Coeficiente de Kurtosis
<i>Elaborado por autor</i>				

### 3.1.9 Plan de análisis de datos

La tabulación de los datos se realizó en el programa Excel y en el programa SPSS (Versión 19).

Para el análisis de las variables cuantitativas de este estudio se obtuvieron los estadísticos descriptivos como son media, mediana.

Se aplicó la Escala PHQ-9, cuya versión en español fue validada para el



diagnóstico de Depresión. Esta consta de 9 ítems que valoran la presencia de síntomas depresivos, cada uno de los cuales tiene un índice de severidad que corresponde a: 0 “nunca”, 1 “algunos días”, 2 “más de la mitad de los días” y 3 “casi todos los días”. En base a estos parámetros se realizó la siguiente clasificación:

- **Síndrome depresivo mayor:** presencia de 5 o más de los 9 síntomas depresivos con un índice de severidad de “*más de la mitad de los días*” (>2), y que uno de los síntomas sea ánimo depresivo o anhedonia.
- **Otro síndrome depresivo:** presencia de dos, tres o cuatro síntomas depresivos por “*más de la mitad de los días*” (>2), y que uno de los síntomas sea ánimo depresivo o anhedonia.
- **Síntomas depresivos positivos:** presencia de al menos uno o dos de los síntomas depresivos, pero no alcanza a completar los criterios anteriores.
- **Síntomas depresivos negativos:** no presenta ningún criterio diagnóstico “*más de la mitad de los días*” (valores < 2)

Se realizó el cruce de variables con edad, género, ocupación, diagnóstico, tiempo de diagnóstico, tratamiento e intensidad del dolor con la variable trastornos depresivos. Para esto se unieron los grupos “*Síndrome depresivo mayor*” y “*Otro síndrome depresivo*” en uno denominado “*Con trastorno depresivo*”, debido a que el objetivo planteado abarca a todos los trastornos

depresivos que se puedan presentar. Los pacientes que no manifestaron ningún síntoma depresivo constan en el grupo “*Sin trastornos afectivos*”. El grupo “*Síntomas depresivos positivos*” no se utilizó para realizar el cruce de variables, debido a que no cumplen los criterios necesarios para clasificar como patológicos, pero presentan ya alteraciones que no permiten considerarlos como completamente libres de patología.

#### **3.1.10 Aspectos bioéticos**

La realización de este estudio fue avalada por el departamento de investigación y Docencia y por el Comité de bioética del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1. Los encuestados fueron informados de los propósitos del estudio y se solicitó su autorización para ser incluidos en la investigación, teniendo como constancia de esto la firma del consentimiento informado posterior a lo cual se realizó la encuesta, entrevista y otra recolección de datos desde la historia clínica. Toda la información obtenida fue confidencial y se ha mantenido el anonimato de los pacientes.

## CAPÍTULO IV

### 4.1 RESULTADOS

#### 4.1.1 Características de los participantes

**Tabla 5: Características sociodemográficas de los participantes**

<b>Género</b>	
Femenino	45,3% (n= 58)
Masculino	54,7% (n= 70)
<b>Edad</b>	
28-40 años	18,8% (n= 24)
41-60 años	29,7% (n=38)
61-80 años	36,7% (n=47)
>80 años	14,8% (n=19)
<b>Ocupación</b>	
Militar Servicio Pasivo	4,7% (n=6)
Labores domésticas	25% (n=32)
Militar Servicio Activo	31,3% (n=40)
Jubilado	32,8% (n=42)
Otros	6,3% (n=8)
<b>Diagnóstico</b>	
Lumbalgia	62,5% (n=80)
Artrosis	14,1% (n=18)
Neuropatía diabética	4,7% (n=6)
Neuropatía Post-Herpética	3,9% (n=5)
Otros	14,8% (n=19)
<b>Total</b>	<b>128</b>
<i>Realizado por autor</i>	

Se puede observar que la mayoría de participantes son hombres (aprox. 55%). Casi el 37% de los encuestados se encontraban entre los 61 y 80 años de edad y el 42% eran jubilados. En lo que se refiere a los diagnósticos, encontramos que la patología más prevalente fue la lumbalgia con el 62% de los casos.

**Tabla 6: Frecuencias y porcentajes de las características de las patologías de los participantes**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Intensidad del Dolor	Leve	94	73,4%
	Moderada	32	25%
	Severa	2	1,6%
Tiempo de Diagnóstico	0 - 6 meses	36	28,1%
	7 - 12 meses	24	18,8%
	> 12 meses	68	53,1%
Tiempo de Tratamiento	0 - 6 meses	76	59,4%
	7 - 12 meses	22	17,2%
	> 12 meses	30	23,4%
Trastornos afectivos	Depresión mayor	43	33,6%
	Otros trastornos depresivos	15	11,7%
	Síntomas depresivos positivos	30	23,4%
	Síntomas depresivos negativos	40	31,3%
<i>Realizado por autor</i>			

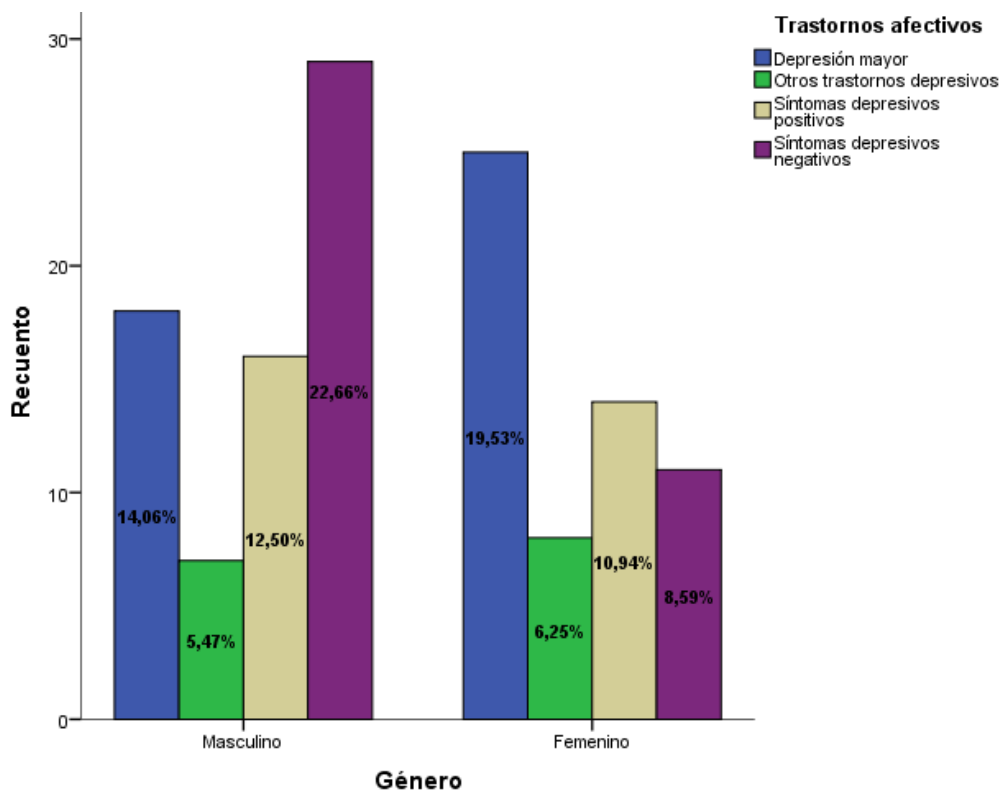
El 73% de los pacientes presentó dolor de leve intensidad, seguidos de un 25% por pacientes con dolor de moderada intensidad y dolor de severa intensidad sólo presentaron el 1,6% de los encuestados. El 45,3% presentaron algún trastorno depresivo (identificados en la encuesta como “síndrome depresivo mayor” y “otro síndrome depresivo”), el 23,4% muestran síntomas depresivos y solo el 31,3% no presentó síntomas depresivos.

#### **4.1.2 Correlación de variables**

Se realizó el cruce de variables, utilizando como medida de asociación el OR, y medida de significación estadística al Chi cuadrado. Debido a que la muestra es menor a 200, se realizó la corrección con Chi cuadrado Yates (Anexo 3).

#### 4.1.2.1 Relación entre género y trastorno depresivo

**Gráfico 2. Relación entre género y trastornos afectivos**



*Realizado por autor*

**Tabla 7: OR Género vs Trastornos afectivos**

	Con Trastorno <sup>1</sup>	Sin Trastorno <sup>2</sup>	
Mujeres	33	11	44
Hombres	25	29	54
	58	40	98

*Realizado por autor*

<sup>1</sup>Con trastorno depresivo: se consideran con trastorno depresivo a los participantes que presentaban depresión mayor u otro trastorno depresivo.

<sup>2</sup> Sin trastorno depresivo: se consideran aquí a los pacientes que no presentaron ningún síntoma depresivo.

OR: 3,48

Chi<sup>2</sup>: 8,26

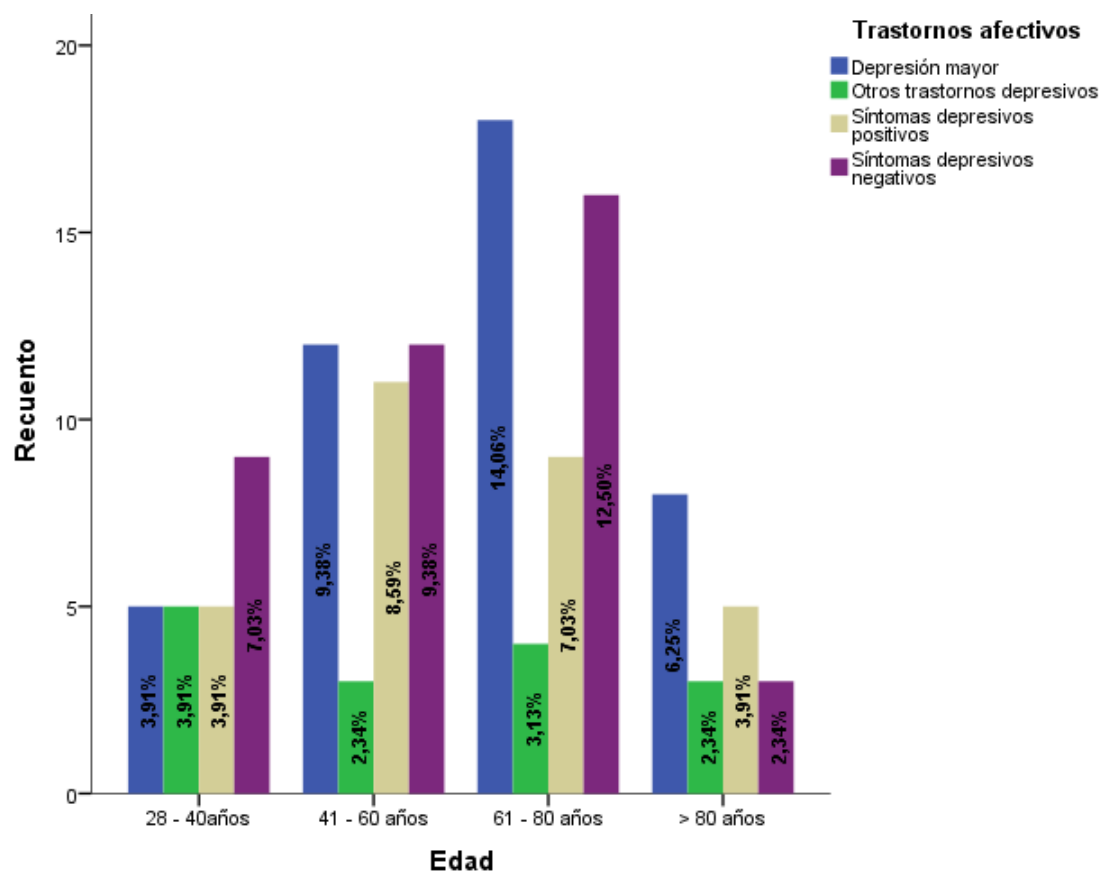
Corrección de Yates: 7,12

Al asociar las variables de género con la presencia o ausencia de un trastorno depresivo se puede colegir que existe una relación de riesgo estadísticamente significativa entre el género femenino y la presencia de un trastorno depresivo.

Al realizar corrección con Chi cuadrado Yates, el resultado nos indica que esta asociación sigue siendo estadísticamente significativa.

#### 4.1.2.2 Relación entre edad y trastornos depresivos

**Gráfico 3. Relación entre grupos de edad y trastornos afectivos**



*Realizado por autor*

**Tabla 8. OR Grupos de edad vs Trastornos afectivos**

	Con Trastorno	Sin Trastorno	
>60 años	33	19	52
≤60 años	25	21	46
	58	40	<b>98</b>

*Realizado por autor*

---

**OR: 1,45894737**

**Chi<sup>2</sup>: 0,83**

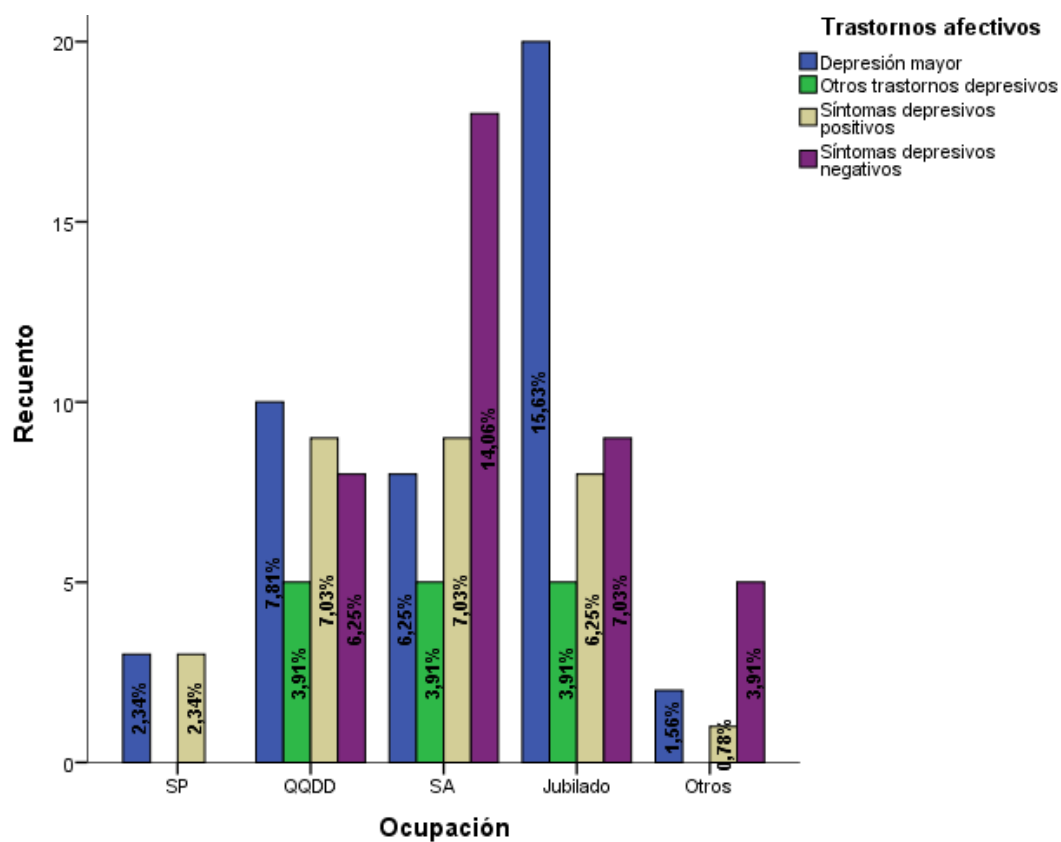
**Corrección de Yates: 0,50**

El grupo etario que presentó mayor de trastornos depresivos fue el de 61 a 80 años. Sin embargo, al asociar los grupos mayores y menores de 60 años de edad no se encontró una relación estadísticamente significativa entre ellos y la presencia de trastornos depresivos.



#### 4.1.2.3 Relación entre trastornos afectivos y ocupación

**Gráfico 4. Relación ocupación y trastornos afectivos<sup>3</sup>**



*Realizado por autor*

<sup>3</sup>SP: Militar en Servicio Pasivo. QQDD: Quehaceres domésticos; SA: Militar en Servicio Activo.

**Tabla 9. OR Ocupación vs Trastornos afectivos**

	Con Trastorno	Sin Trastorno	
Sin actividad <sup>4</sup>	28	9	37
Activos	30	31	61
	58	40	<b>98</b>
<i>Realizado por autor</i>			

**OR: 3,21481481**

**Chi<sup>2</sup>: 8,26**

**Corrección de Yates: 12,70**

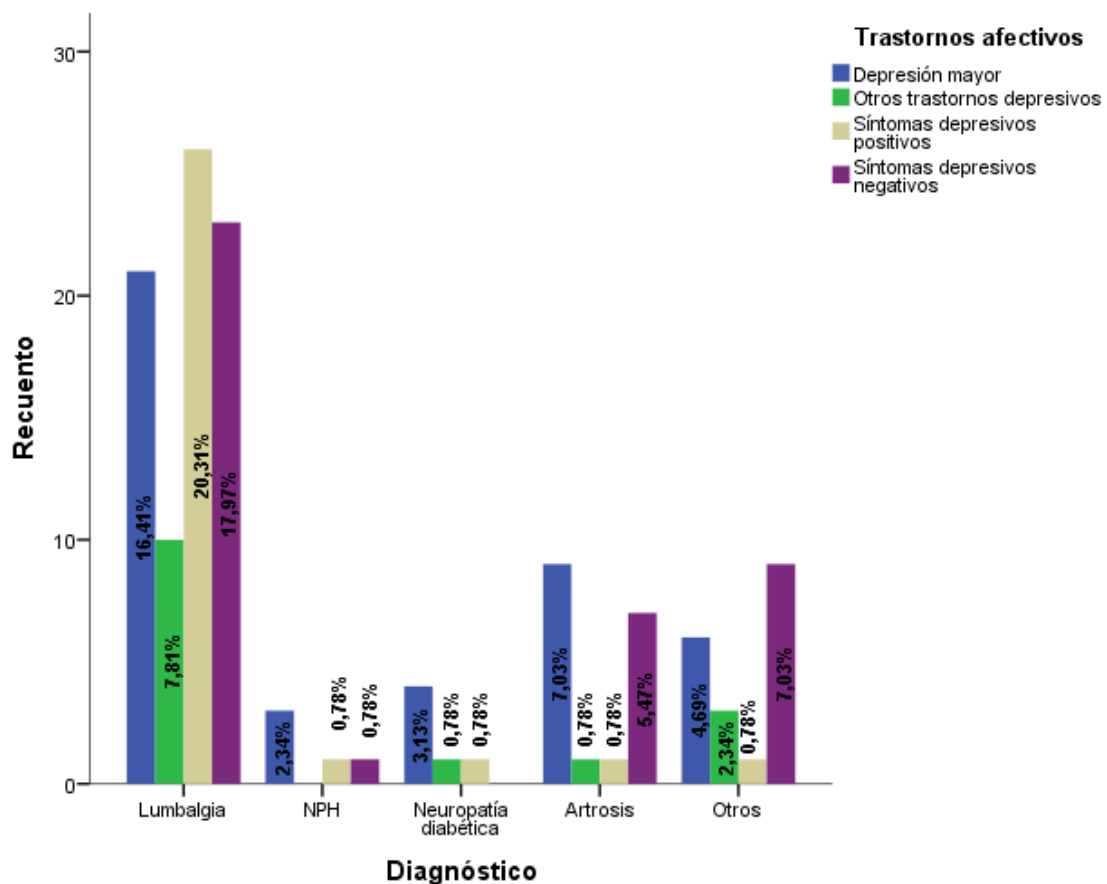
En este gráfico se puede observar claramente un despunte de depresión mayor en el grupo de pacientes jubilados. Además todos los pacientes en servicio pasivo presentaron ya sea depresión mayor o síntomas depresivos. Al realizar la correlación entre estas variables, se encontró que el no tener ninguna actividad resultó un factor de riesgo estadísticamente significativo para presentar trastornos depresivos.

---

<sup>4</sup> Se entiende por pacientes sin actividad a aquellos que se identificaron como servicio pasivo o como jubilados

#### 4.1.2.4 Relación entre patologías y trastornos afectivos

**Gráfico 5. Relación entre patologías y trastornos afectivos**



*Realizado por autor*

**Tabla 10. OR Patología vs Trastornos afectivos**

	Con Trastorno Sin Trastorno		
Lumbalgia	31	23	54
Otras	27	17	44
	58	40	98

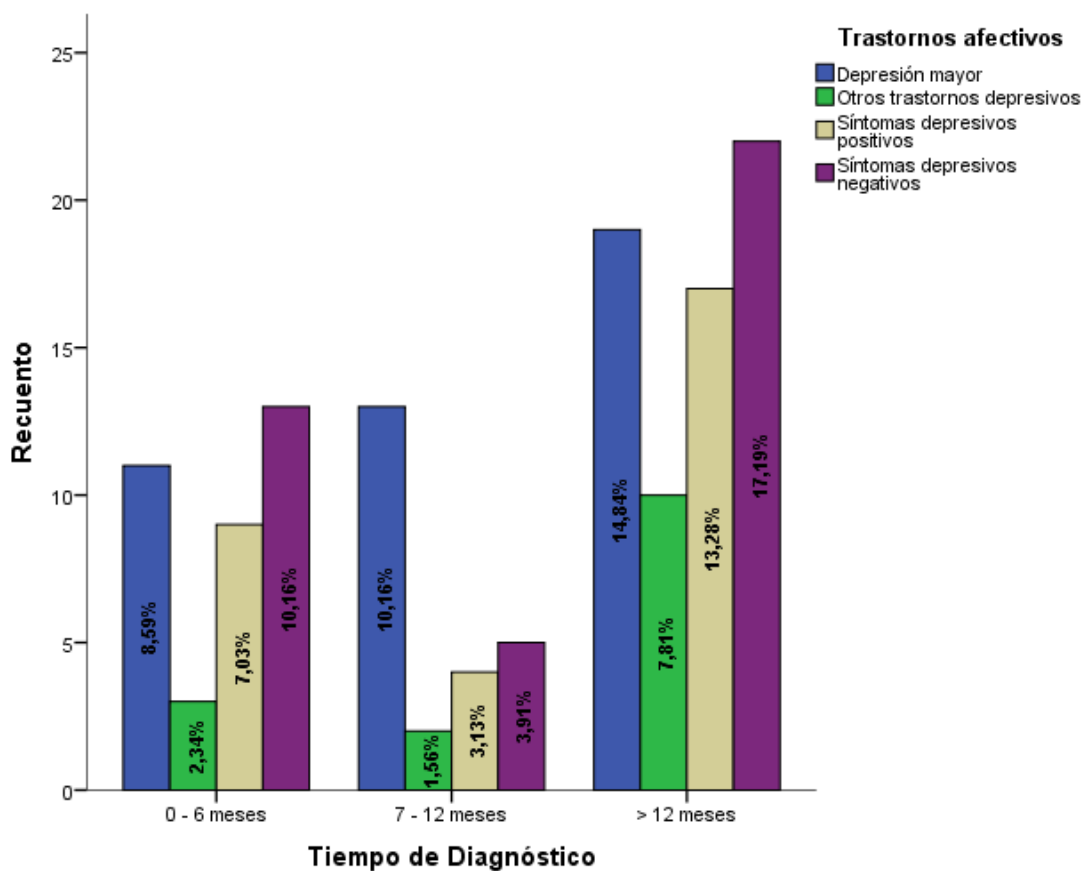
*Realizado por autor*

OR: 0,84  
Chi<sup>2</sup>: 0,15  
Corrección de Yates: 0,03

En este gráfico se evidencia que la patología más frecuente entre los pacientes con dolor crónico no oncológico fue la lumbalgia. Sin embargo su asociación con la depresión no resultó ser estadísticamente significativa.

#### 4.1.2.5 Relación entre tiempo de diagnóstico y trastornos afectivos

Gráfico 6. Relación entre tiempo de diagnóstico con trastornos afectivos



Realizado por autor

**Tabla 11. Tiempo de diagnóstico vs trastornos afectivos.**

	Con Trastorno	Sin Trastorno	
>12 meses	29	18	47
≤12 meses	29	22	51
	58	40	<b>98</b>
<i>Realizado por autor</i>			

**OR: 1,22222222**

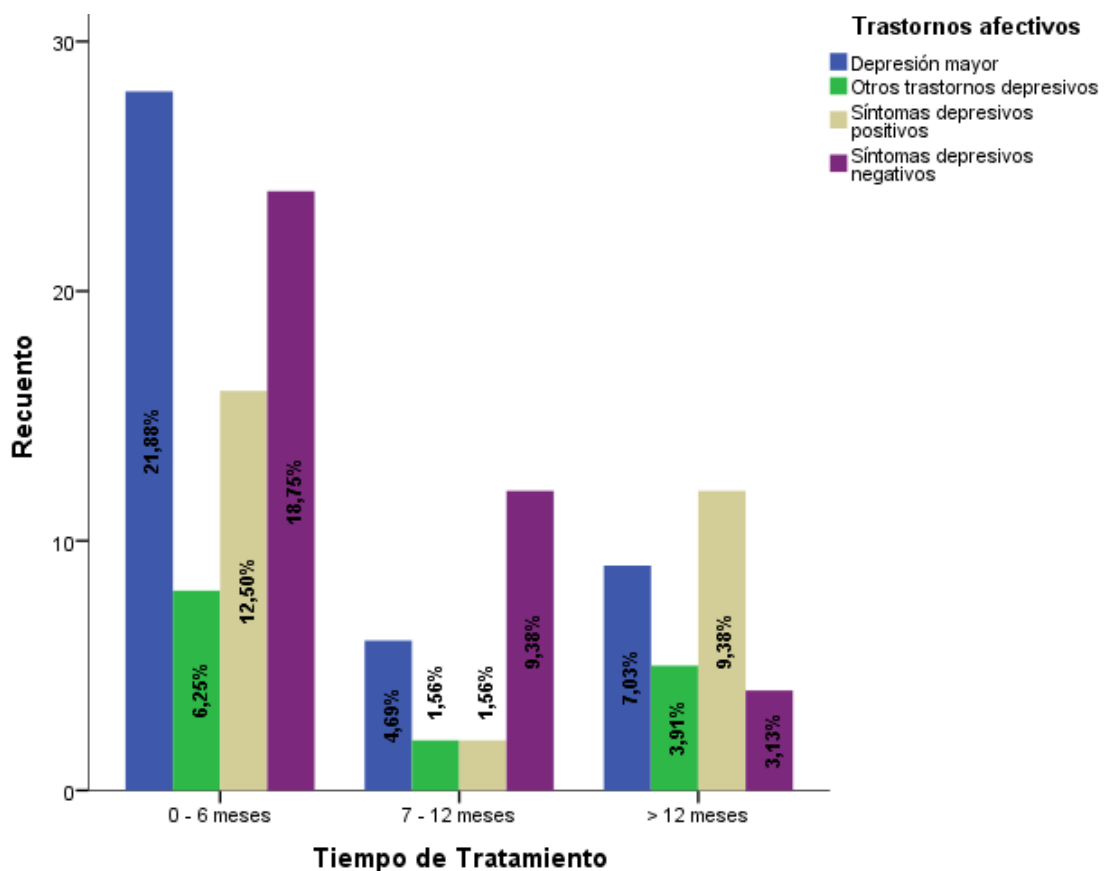
**Chi<sup>2</sup>: 0,23**

**Corrección de Yates: 0,08**

Se observa que los pacientes con un tiempo de diagnóstico mayor a 12 meses presentan más casos de depresión. Sin embargo, aunque esta asociación es positiva, no resultó estadísticamente significativa.

#### 4.1.2.6 Relación entre tiempo de tratamiento y trastornos afectivos

**Gráfico 7. Relación entre tiempo de tratamiento y trastornos afectivos**



*Realizado por autor*

**Tabla 12. OR Tiempo de tratamiento vs Trastornos afectivos**

	Con Trastorno	Sin Trastorno	
≤6 meses	36	24	60
>6 meses	22	16	38
	58	40	98

*Realizado por autor*

**OR: 1,09090909**

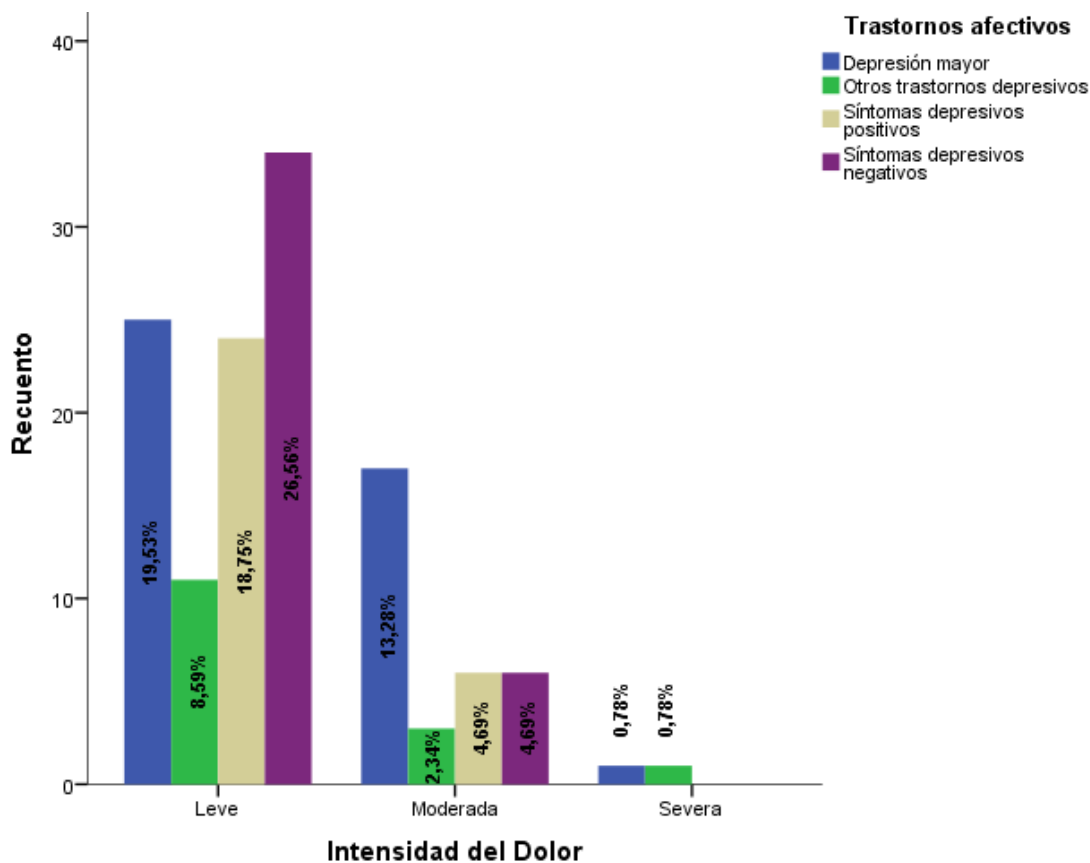
**Chi<sup>2</sup>: 0,04**

**Corrección de Yates: 1,85**

La mayor cantidad de pacientes se encontraban recibiendo tratamiento para el dolor por menos de 6 meses. Este grupo también fue el que presentó más casos de depresión mayor y otros trastornos depresivos. Al buscar una asociación entre el tiempo de tratamiento y la presencia de trastornos afectivos se encontró que hay una relación positiva entre estos, pero ésta no fue estadísticamente significativa.

#### 4.1.2.7 Relación entre intensidad del dolor y trastornos afectivos

**Gráfico 8. Relación entre intensidad del dolor y trastornos afectivos**



*Realizado por autor*

**Tabla 13. OR Intensidad del dolor vs Trastornos afectivos**

	Con Trastorno Sin Trastorno		
Moderado- severo	22	6	28
Leve	36	34	70
	58	40	98

*Realizado por autor*



**OR: 3,46296296**

**Chi<sup>2</sup>: 6,09**

**Corrección de Yates: 5,02**

La mayor cantidad de pacientes presentaron dolor leve, seguido por dolor moderado. Solamente dos pacientes reportaron dolor de severa intensidad. Al asociar estas variables se demostró que los pacientes con dolor moderado a severo presentan mayor riesgo de padecer de trastornos afectivos, siendo esta asociación estadísticamente significativa.

## CAPÍTULO V

### 5.1 DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio ofrecieron características similares a otros que se han realizado sobre la asociación de ambas patologías <sup>(10) (26) (27) (28) (29) (30)</sup>. En los pacientes con dolor crónico no oncológico hay una presencia significativa de trastorno depresivo y sus variantes. Sin embargo, en el país no se han realizado estudios anteriormente enfocados a medir la depresión en pacientes con dolor crónico no oncológico, por lo tanto no hay un grupo local de comparación.

Basándose en el análisis de los datos obtenidos, resalta el hecho de que el 45,3% de todos los encuestados presentan algún trastorno depresivo, sea esta depresión mayor (33,6%) u otros trastornos depresivos (11,7%) y sólo el 31,3% no presentan ningún tipo de síntoma, valores altos si se comparan con prevalencia de estos desórdenes psiquiátricos en la población general, la cual varía dependiendo de la población de referencia. Es así que en Europa se estima que ésta se encuentra en el 17% de los cuales la depresión mayor representa el 6,9% <sup>(31)</sup>; en los Estados Unidos la depresión mayor tiene una prevalencia del 6,7% <sup>(32)</sup>; en Latinoamérica y el Caribe se estima en un 4,9% <sup>(33)</sup>.

La encuesta PHQ-9 distingue un grupo más: pacientes con síntomas depresivos positivos. En este grupo entraron aquellos que presentan ya síntomas depresivos y que sin embargo no cumplen criterios para ser incluidos en una de las categorías que implican un trastorno. El 23,4% de los encuestados entraron en esta categoría, la cual puede representar pacientes en riesgo de desarrollar a futuro un trastorno depresivo y por lo tanto resultaría productivo intervenir oportunamente para evitar que desarrollen dichos trastornos <sup>(34)</sup>.

Al momento de realizar el cruce de variables se hallaron varias correlaciones, pero no todas fueron estadísticamente significativas. Se logró determinar que el género femenino presenta más riesgo de padecer trastornos afectivos que el masculino en el contexto de dolor crónico, siendo esta una asociación estadísticamente significativa. Este patrón se ha presentado en otros estudios a nivel internacional, donde tanto los trastornos depresivos como los de ansiedad se relacionan más con mujeres <sup>(35)</sup> <sup>(36)</sup>, convirtiendo a este en un grupo de mayor vulnerabilidad y en el cual se debe tener más atención para buscar estos síntomas.

Otro grupo en el cual se debe buscar oportunamente por síntomas que revelen un trastorno depresivo es el de pacientes quienes no ejercen ninguna actividad. En este estudio hubieron dos grupos que se enmarcan dentro de esta categoría: aquellos que se identifican como “jubilados” y “militares en servicio pasivo”,

teniendo en común que no ejercen ninguna actividad laboral. Se identificó una relación estadísticamente significativa, que coincide con la demostrada en otros estudios que lo demuestran como claro factor de riesgo <sup>(10) (37) (30)</sup>.

Fue posible también determinar que la intensidad del dolor está asociada con el desarrollo de trastornos afectivos. La mayoría de pacientes encuestados presentaron dolor leve, seguidos por moderado y sólo dos tuvieron dolor severo. Se identificó que el padecer de dolor moderado a severo fue un factor de riesgo para los trastornos afectivos. Esta relación ha sido ya demostrada en varios estudios a nivel internacional <sup>(38) (39) (40) (41)</sup>. La razón de esta asociación se basa en que una mayor intensidad del dolor repercutirá con más intensidad sobre el vida diaria del individuo, afectando su desempeño laboral y personal <sup>(16) (30)</sup>.

El grupo etario que presentó mayor cantidad de casos de depresión fue el de 61 a 80 años, donde se concentran el 14% de estos pacientes, sin embargo, al asociar los grupos mayores y menores de 60 años de edad no se encontró una relación estadísticamente significativa entre ellos y la presencia de trastornos depresivos. Estos resultados son similares con otro estudio, en donde no se encontró diferencias entre la esfera mental de los pacientes por rangos de edad, aunque sí hallaron que a mayor edad aumentaba la percepción del dolor <sup>(30)</sup>, dato que no fue medido en esta investigación.

La mayoría de pacientes que acudieron al servicio de Terapia del dolor con dolor crónico no oncológico presentaban diagnóstico de lumbalgia, seguidos por artrosis, datos similares los obtenidos en Europa <sup>(16)</sup>. Sin embargo no se encontró asociación entre patologías con depresión, por lo que se infiere que el diagnóstico no juega un papel fundamental para el desarrollo ulterior de trastornos depresivos relacionados con el dolor crónico.

Se observó que los pacientes con un tiempo de diagnóstico mayor a 12 meses presentan más casos de depresión al igual que aquellos quienes habían recibido tratamiento por menos de 6 meses. Sin embargo la asociación de estos períodos con la presencia de trastornos depresivos no fue significativa. Resulta curioso que aunque el 53% de los pacientes tienen un diagnóstico desde hace más de 12 meses, casi el 60% han recibido tratamiento para su dolor desde hace menos de 6 meses. Esto puede comprenderse porque el paciente suele ser remitido al servicio de terapia del dolor cuando los otros servicios han decidido que la dificultad de manejo del dolor requiere la valoración de especialistas. Esto implica que por un periodo amplio de tiempo los pacientes reciben manejo enfocado hacia dolor agudo y que tras terminado dicho tratamiento vuelven a consultar por el mismo motivo, por lo que no obtienen un manejo adecuado enfocado hacia dolor crónico. Esta situación no se produce únicamente en nuestro medio, sino que puede evidenciarse también a nivel internacional, como lo han demostrado varios estudios, en donde se puede

observar que hasta un tercio de los pacientes no recibe tratamiento alguno para su patología y solo el 2% lo recibe por parte de un especialista, lo que lleva al deterioro de sus relaciones sociales, laborales y familiares<sup>(42)</sup> <sup>(16)</sup>.

## CAPÍTULO VI

### 6.1 CONCLUSIONES

- Mediante este estudio se pudo comprobar que existe depresión en los pacientes de consulta externa de terapia de dolor del hospital de FFAA N°1 que padecen dolor crónico no oncológico.
- Pertenecer al género femenino, la falta de actividades laborales y tener dolor de intensidad moderada o severa son factores de riesgo para desarrollar trastornos afectivos.
- No hay relación entre un diagnóstico específico y la presencia de depresión.
- El tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tiempo de tratamiento no demostraron una asociación estadísticamente significativa con la presencia de trastornos afectivos.
- Los pacientes con un diagnóstico de más de doce meses presentaron más casos de depresión, existe una asociación entre los mismos, sin embargo no es estadísticamente significativa.

## 6.2 RECOMENDACIONES

- Es necesario que el personal de salud tenga conocimiento adecuado acerca de la fisiopatología del dolor para poder realizar una adecuada valoración del mismo y de las comorbilidades asociadas con él como son los trastornos del estado de ánimo, especialmente depresión.
- Es necesario hacer un manejo adecuado y oportuno del dolor. Incluso en los casos en que este no pueda desaparecer, la disminución del mismo puede representar un considerable alivio para el sufrimiento de los pacientes.
- La relación médico – paciente es fundamental para el manejo integral del dolor, de ella depende el reporte tanto del dolor como de la presencia de síntomas depresivos.
- Si bien es cierto el dolor crónico y la depresión han sido comúnmente asociados, esta última depende también de la personalidad del paciente, de la forma en la que éste percibe el dolor y cómo afecta esto en su vida, es necesaria una evaluación integral del dolor para prevenir percepciones extremadamente negativas, una educación adecuada acerca del dolor puede permitir un enfoque más positivo.
- Es fundamental brindar toda la información posible acerca de la patología del paciente, el manejo que se le va a dar a la misma y lo que el paciente puede esperar de esto, además abordar la posibilidad de que éste



presente en algún punto del curso de su enfermedad depresión o algún trastorno del estado de ánimo.

- Es necesario alentar al paciente y su familia a buscar actividades lúdicas que le permitan entretenerse y mejorar su estado de ánimo.
- Es preciso implementar en las consultas de Terapia del dolor la evaluación del estado anímico del paciente, para lo cual la escala PHQ-9 ha demostrado ser una herramienta útil y fácil de aplicar.
- El personal de salud debe estar capacitado para reconocer a los pacientes en riesgo de padecer trastornos depresivos y hacer una intervención oportuna.

## CAPÍTULO VII

### 7.1 BIBLIOGRAFÍA

1. IASP. IASP - Taxonomy. [Online]. [cited 2015 ene. Available from: <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Pain>.
2. Soucase B. Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2005; 12(1).
3. Merboth M. Managing pain: the fifth vital sign. the Nursing Clinics of North America. 200; 35(2).
4. Melzack RC. Sensory, motivational and central control determinants of pain: a new conceptual model Springfield; 1968.
5. Chóliz M. El dolor como experiencia multidimensional: la cualidad motivacional- afectiva. Ansiedad y Estrés. 1994; 0: p. 77-88.
6. Perez J. Dolor psicógeno. Psiquiatría biológica. 2008; 15(3).
7. Merskey H BN(. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. International Association for the Study of Pain. 1994.
8. Vazquez Rodríguez R. Neuroanatomía del dolor: Ut longum vivere discant. In. España: Ediciones Universidad de Salamanca; Abril 2013.
9. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. Oncología. 2005 Mar; 28.
10. Haley W, Turner J, Romano J. Depression in Chronic Pain Patients: Relation to Pain, Activity, and Sex Differences. Pain. 1985; 23: p. 337-43.
11. Perez J AJVM. Dolor psicógeno. Psiquiatría Biológica. 2008 15(3):90-6.
12. OMS. WHO's cancer pain ladder for adults. [Online]. [cited 2015 1 28. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>.
13. IASP. How to Prevent Chronic Pain? Clinical Updates. 2003; 11(2).
14. ACPA. Chronic Pain Medication & Treatment. America chronic pain association; 2012.
15. Jensen T, Gottrup H, Kasch H, Nikolajsen L, Terkelsen A, Witting N. Has basic research contributed to chronic pain treatment? Acta Anaesthesiol Scand. 2001 Oct; 45(9): p. 1128-35.
16. Pain Proposal: Improving the Current and Future Management of Chronic

- . Pain. A European Consensus Report; 2010.
- 17 Cerdá G, De Andres J. Dolor Crónico- Guía de Actuación Clínica en A. P.  
. 2009..
- 18 Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. [Online]. Available from:  
. <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
- 19 Health. TWfMH. DEPRESSION: A Global Crisis. The World Federation for  
. Mental..
- 20 Alberdi Sudupe J TOCDCVVC. Depresión. Guías Clínicas. 2006; 6(11).
- .  
21 Psychiatric Association. DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF  
. MENTAL DISORDERS - 5. American Psychiatric; 2013..
- 22 Victoria H. Depresión: Fisiopatología y Tratamiento. Centro de informacion  
. de medicamentos..
- 23 Mulrow C WJGMRGMOKK. Case-finding instruments for depression in  
. primary care settings. Ann Intern Med. 1995; 913-921, 122(12)..
- 24 Kroenke K SRWJ. Validit of a brief depression severity Measure. Journal of  
. General Internal Medicine. 2001 Septiembre; 16..
- 25 Baader T M,VSR,F,FF,eaVyudleP9. (Patient Health Questionnaire) en el  
. diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en  
Chile. REV CHIL NEURO-PSIQUIATRÍA..
- 26 Castro M, Quarantini L, Daltro C, Pires-Caldas , Koenen KC, Campos  
. Kraychete D, et al. Comorbid depression and anxiety symptoms in chronic  
pain patients and their impact on health-related quality of life. Rev Psiq Clín.  
2011; 38(4): p. 126-9.
- 27 Kinney RK, Gatchel R, Polatin P, Mayer T. Prevalence of psychopathology in  
. acute and chronic low back pain patients. 1993; 3(2): p. 95-103.
- 28 Poole H, White S, Blacke C, Murphy P, Bramwell R. Depression in chronic  
. pain patients: prevalence and measurement. Pain Pract. 2009; 9(3): p. 173-  
80.
- 29 Von Korff M, Crane P, Lane M, Miglioretti D, Simon G, Saunders K, et al.  
. Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States:  
results from the national comorbidity survey replication. Pain. 2005; 113(3):  
p. 331-9.
- 30 Casals M, Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor  
. crónico no oncológico. Estudio ITACA. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2004; 11: p.  
260-69.
- 31 Lépine J, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community:  
. the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European  
Society). Int Clin Psychopharmacol. 1997 Jan; 12(1): p. 19-29.
- 32 Kessler R, Chui W, Demler O, Merikangas K. Prevalence,severity and

- . comorbidity of 12-month DSM IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005; 6: p. 617-27.
- 33 Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida J, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga J, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Publica. 2005; 18(4/5): p. 229-40.
- 34 Margaretten M, Yelin E, Imboden J, Graf J, Barton J, Katz P, et al. Predictors of depression in a multiethnic cohort of patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2009 Nov; 61(11): p. 1586-91.
- 35 Freire M, Rodríguez J, Möller I, Valcárcel A, Tornero C, Díaz G. Prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión en pacientes con artritis psoriásica en consultas de reumatología. Reumatología Clínica. 2011 Jul; 1.
- 36 van 't Land H, Verdurmen J, ten Have M, van Dorsselaer S, de Graaf R. The Association Between Chronic Back Pain and Psychiatric Disorders; Results from a Longitudinal Population-Based Study, Anxiety and Related Disorders. 2011..
- 37 APA Working Group. Revised Banner Head: What Mental Health Practitioners Should Know About Working With Older Adults. 2013..
- 38 Gureje O, Von Korff M, Simon G, Gater R. Persistent Pain and Well Being: a World Health Organization Study in Primary Care. Survey of Anesthesiology. 1999 Mar; 43.
- 39 Campbell L, Clauw D, Keefe F. Persistent pain and depression: a biopsychosocial perspective. Biological Psychiatry. 2003 Mar; 54.
- 40 Li J. Pain and depression comorbidity: A preclinical perspective.. Behavioural Brain Research. 2015;(276).
- 41 Miller L, Cano A. Comorbid chronic pain and depression: who is at risk? The Journal of Pain. 2009 Oct; 4(69).
- 42 Breivik H, Collett B, Ventafrida V. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and treatment. European Journal of Pain. 2006 oct; 4.

## ANEXOS

### Anexo 1: Escala PHQ-9

Durante las últimas 2 semanas ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	0	1	2	3
3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
5. Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentir falta de amor propio-o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a a su familia	0	1	2	3
7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar televisión	0	1	2	3
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta- o de lo contrario, está tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera	0	1	2	3
(For office coding: Total Score ____ = ____ + ____ + ____)				

Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

Nada en absoluto	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anexo 2: Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES DEL SERVICIO DE TERAPIA DEL DOLOR DEL HE-1

Nombre del investigador: Monsermín Gualán Ch.

La presente investigación tiene como objetivo recopilar datos sobre la presencia de Depresión en los pacientes de este servicio y los factores que se relacionan con la misma, lo que permitirá tener un enfoque más completo y poder mejorar la atención brindada, razón por la cual invitamos a los pacientes que acuden a este servicio a participar de esta investigación. Esta investigación no conlleva ningún tipo de riesgo para usted. Si accede a participar, se le harán ciertas preguntas sobre sus datos generales, se le pedirá que responda una encuesta, la cual tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo y además se requerirá su aprobación para acceder a su Historia Clínica.

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, por lo que se garantiza el anonimato. Únicamente el equipo de investigación podrá acceder a toda la información recabada a los fines de este estudio.

Se agradece por la confianza y colaboración prestada.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. Consiento voluntariamente a participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

**Nombre:**

---

---

**Firma:**

---

### Anexo 3: Cálculos de OR, Chi cuadrado y Chi cuadrado Yates

#### RELACIÓN ENTRE GÉNERO Y TRASTORNOS AFECTIVOS

##### OBSERVADO

	CT	ST	
Mujer	33	11	44
Hombre	25	29	54
	58	40	98

**OR: 3,48**

##### ESPERADO

	CT	ST	
Mujer	26,04081633	17,95918367	44
Hombre	31,95918367	22,04081633	54
	58	40	98

##### CHI

A=	1,859781844
B=	2,696683673
C=	1,515377799
D=	2,197297808

**X2 8,269141124**

##### CORRECCIÓN DE YATES

OBS	ESP	OC	
A	33	26,04081633	<b>32,5</b> 1,602140778
B	11	17,95918367	<b>11,5</b> 2,323104128
C	25	31,95918367	<b>25,5</b> 1,305448041
D	29	22,04081633	<b>28,5</b> 1,89289966

**X2 7,123592607**

## RELACIÓN ENTRE EDAD Y TRASTORNOS AFECTIVOS

### OBSERVADO

	CT	ST	
>60	33	19	52
<60	25	21	46
	58	40	98

**OR: 1,458947368**

### ESPERADO

	CT	ST	
>60	30,7755102	21,2244898	52
<60	27,2244898	18,7755102	46
	58	40	98

### CHI

A= 0,160788719  
 B= 0,233143642  
 C= 0,18176116  
 D= 0,263553682

**X2 0,839247203**

### CORRECCIÓN DE YATES

	OBS	ESP	OC	
A	33	30,7755102	<b>32,5</b>	0,096630894
B	19	21,2244898	<b>19,5</b>	0,140114796
C	25	27,2244898	<b>25,5</b>	0,109234923
D	21	18,7755102	<b>20,5</b>	0,158390639

**X2 0,504371252**



## RELACIÓN ENTRE OCUPACIÓN Y TRASTORNOS AFECTIVOS

### OBSERVADO

	CT	ST	
Sin Actv	28	9	37
Con Actv	30	31	61
	58	40	98

**OR: 3,214814815**

### ESPERADO

	CT	ST	
Sin Actv	21,89795918	15,10204082	37
Con Actv	36,10204082	24,89795918	61
	58	40	98

### CHI

A=	1,700382296
B=	2,46555433
C=	1,031379426
D=	1,495500167

**X2 6,692816219**

### CORRECCIÓN DE YATES

	OBS	ESP	OC	
A	28	21,89795918	<b>27,5</b>	1,433140917
B	9	15,10204082	<b>9,5</b>	2,07805433
C	30	36,10204082	<b>30,5</b>	0,869282196
D	31	24,89795918	<b>10,5</b>	8,326032954

**X2 12,7065104**

## RELACIÓN ENTRE DIAGNÓSTICO Y TRASTORNOS AFECTIVOS

### OBSERVADO

	CT	ST	
Lubalgia	31	23	54
otras	27	17	44
	58	40	98

**OR: 0,84863124**

### ESPERADO

	CT	ST	
Lumbalgia	31,95918367	22,04081633	54
otras	26,04081633	17,95918367	44
	58	40	98

### CHI

A= 0,02878776  
 B= 0,041742252  
 C= 0,035330433  
 D= 0,051229128

**X2 0,157089574**

### CORRECCIÓN DE YATES

	OBS	ESP	OC	
A	31	31,95918367	<b>31,5</b>	0,006597467
B	23	22,04081633	<b>22,5</b>	0,009566327
C	27	26,04081633	<b>26,5</b>	0,008096891
D	17	17,95918367	<b>17,5</b>	0,011740492

**X2 0,036001176**

## RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE DIAGNÓSTICO Y TRASTORNOS AFECTIVOS

### OBSERVADO

	CT	ST	
>12 meses	29	18	47
<12 meses	29	22	51
	58	40	98

**OR: 1,222222222**

### ESPERADO

	CT	ST	
>12 meses	27,81632653	19,18367347	47
<12 meses	30,18367347	20,81632653	51
	58	40	98

### CHI

A= 0,050369084  
 B= 0,073035172  
 C= 0,046418567  
 D= 0,067306923

**X2 0,237129746**

### CORRECCIÓN DE YATES

	OBS	ESP	OC	
A	29	27,81632653	<b>28,5</b>	0,01680342
B	18	19,18367347	<b>18,5</b>	0,024364959
C	29	30,18367347	<b>29,5</b>	0,015485505
D	22	20,81632653	<b>21,5</b>	0,022453982

**X2 0,079107865**

## RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE TRATAMIENTO Y TRASTORNOS AFECTIVOS

### OBSERVADO

	CT	ST	
<6 meses	36	24	60
>6 meses	22	16	38
	58	40	98

**OR: 1,090909091**

### ESPERADO

	CT	ST	
<6	35,51020408	24,48979592	60
>6	22,48979592	15,51020408	38
	58	40	98

### CHI

A= 0,006755806  
 B= 0,009795918  
 C= 0,010667062  
 D= 0,01546724

**X2 0,042686025**

### CORRECCIÓN DE YATES

	OBS	ESP	OC	
A	36	35,51020408	<b>35,5</b>	2,93221E-06
B	24	24,48979592	<b>24,5</b>	4,2517E-06
C	22	22,48979592	<b>22,5</b>	4,6298E-06
D	16	15,51020408	<b>15,5</b>	6,71321E-06

**X2 1,85269E-05**

## RELACIÓN ENTRE INTENSIDAD DEL DOLOR Y TRASTORNOS AFECTIVOS

### OBSERVADO

	CT	ST	
Mod-Sev	22	6	28
Lev	36	34	70
	58	40	98

**OR: 3,462962963**

### ESPERADO

	CT	ST	
Mod-Sev	16,57142857	11,42857143	28
Lev	41,42857143	28,57142857	70
	58	40	98

### CHI

A=	1,778325123
B=	2,578571429
C=	0,711330049
D=	1,031428571

**X2 6,099655172**

### CORRECCIÓN DE YATES

	OBS	ESP	OC	
A	22	16,57142857	<b>21,5</b>	1,465825123
B	6	11,42857143	<b>6,5</b>	2,125446429
C	36	41,42857143	<b>36,5</b>	0,586330049
D	34	28,57142857	<b>33,5</b>	0,850178571

**X2 5,027780172**